

Achtung!

Die männliche Rolle gefährdet Ihre Gesundheit!

Monika Sieverding, Berlin

Seit Ende der 90er Jahre wurde das Thema „Männergesundheit“ zunehmend in den populären Medien aktuell, wobei häufig die traditionelle männliche Rolle für die kürzere Lebenserwartung verantwortlich gemacht wurde. Die Zeitschrift „Die Woche“ beispielsweise stellte in einem Leitartikel zum Thema „Männer leben kürzer“ einen Bezug zu den drei männlichen K's – „Karriere, Konkurrenz, Kollaps“ – her. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen wurden schon früher Überlegungen über gesundheits-schädliche Wirkungen der männlichen Rolle angestellt: So überschrieb Harrison (1978) seinen Artikel im Journal of Social Issues mit: „Warning: The male sex role may be dangerous to your health!“. Und Leafgren (1990) formulierte es noch drastischer: „Being a man can be hazardous to your health.“

Schadet die männliche Rolle der Gesundheit?

Bereits Anfang der 70er Jahre stellte der Psychoanalytiker Horst Eberhard Richter (1973) einen Zusammenhang zwischen traditionellen Geschlechterrollen-erwartungen und Gesundheitsverhalten her. „Frauen geben schneller und offener zu erkennen, wenn sie innerlich unter Spannung stehen. Ihr anerzogenes Rollenstereotyp erlaubt ihnen eher, sich klagsam und leidend darzustellen. Von den Männern hingegen wird erwartet, dass sie jederzeit stark und fit sind. Wer männlich sein will, darf – jedenfalls nach der herkömmlichen Norm – nicht ‚wehleidig‘ sein“ (Richter, 1973, S. 296). So käme es, dass Männer unter Stress oberflächlich als belastbarer erscheinen; Richter vermutete jedoch, dass eine solche den Männern aufgezwungene Verdrängungs- und Verleugnungshaltung auf längere Sicht psychosomatisch nicht unbedenklich sei. „Die damit verbun-

dene Anspannung, dazu der gesellschaftlich den Männern abverlangte Konkurrenzehrgeiz sind von nachweislicher pathogenetischer Bedeutung für die Ulcuskrankheit und vor allem für Koronarleiden ... Der nach dem traditionellen Rollenbild supermännliche Mann voller Kampfgeist, Unbeirrbarkeit und Ungeduld ist offensichtlich genau mit dem Typ der so genannten koronaren Risikopersonlichkeit identisch ... Somit sprechen jedenfalls sehr gewichtige Anhaltspunkte dafür, dass Männer, auf die Dauer gesehen, im Mittel nicht echt widerstandsfähiger sind gegen psychosoziale Überlastung“ (S. 297).

In diesen Ausführungen wurde auf die Möglichkeit verwiesen, dass weniger das biologische Geschlecht („sex“) als vielmehr das soziale Geschlecht („gender“, s. Deaux & LaFrance, 1998) bzw. die Identifikation mit gesellschaftlich vermittelten Geschlechterrollenerwartungen für Unterschiede in Gesundheitsverhalten und Gesundheit verantwortlich sein könnte. So einsichtig diese These war,

so selten wurde sie empirisch überprüft. Erst in den letzten Jahren sind im Rahmen einer geschlechtersensiblen Gesundheitsforschung Studien durchgeführt worden, die versucht haben, die Annahmen der Hypothesen über die gesundheitsschädliche Wirkung der männlichen Rolle zu überprüfen.

Die traditionelle männliche Rolle

Geschlechterrollen sind komplexe gesellschaftliche Erwartungen an das Rollenverhalten und an Rollenattribute von Männern und Frauen. Man unterscheidet grob zwei Ebenen: a) ein System von Aufgaben und Verhaltensregeln in der Familie wie in der Gesellschaft (Rollenverhalten) und b) normative Erwartungen an psychologische Charakteristika (Rollenattribute). Diese Erwartungen knüpfen am biologischen Geschlecht an, sind jedoch eine gesellschaftliche Konstruktion, eine Zuschreibung, die historischen und kulturellen Wandlungen unterworfen ist. Ein gutes Beispiel für diese Unterteilung bietet das einflussreiche Modell von Parsons und Bales (1955). In diesem wurden Männern und Frauen aufgrund ihres biologischen Geschlechts unterschiedliche Rollen in Familie und Gesellschaft zugewiesen. Der Mann als Träger der instrumentellen Rolle war demnach für die Beziehungen der Familie nach außen zuständig (vor allem für ihre materielle Basis); innerhalb der Familie galt er als letzte Entscheidungsinstanz. Als für einen Mann typisch und angemessen galten psychologische Charakteristika, die ihn für diese Rolle befähigen: Unabhängigkeit, logisches Denken, Wettbewerbsorientierung und Abenteuergeist. Der Frau als Trägerin der expres-

siven Rolle wurden dagegen die inneren Angelegenheiten in der Familie und die sozialemotionale Unterstützung aller Familienangehörigen zugeordnet. Von ihr wurden folgende für diese Aufgaben hilfreichen Attribute erwartet: Wärme, Einfühlsamkeit, Emotionalität und die Sorge um andere. Obwohl sich seit den 50er Jahren die Geschlechterrollen verändert haben und deutlich flexibler geworden sind (s. z.B. Alfermann, 1996), werden an Männer und Frauen nach wie vor unterschiedliche Erwartungen an Verhalten und Persönlichkeit gerichtet.

Die traditionelle männliche Rolle erwartet von einem Mann, dass er sich über seine Leistung definiert („the big wheel“), alles Feminine meidet („no sissy stuff“), Abenteuer und Risiko sucht („give ‘em hell“) und niemals Schwächen zeigt oder sich mit „Zipperlein“ aufhält („the sturdy oak“) (Brannon, 1976). Entsprechend beschreibt Courtenay (2000) in einem Überblicksartikel das Bild der „hegemonialen Männlichkeit“.

Erfassung von Maskulinität und Einstellungen zur männlichen Rolle

Maskulinität ist ein sehr komplexes Konstrukt, welches aus verschiedenen Facetten besteht: die sexuelle Orientierung, das Verhalten, Einstellungen, Interessen, Werte, das Äußere sowie Persönlichkeitseigenschaften einer Person. Verschiedene empirische Studien konnten zeigen, dass Persönlichkeitseigenschaften eine zentrale Rolle im männlichen wie auch im weiblichen Geschlechtsstereotyp einnehmen (s. z.B. Eckes, 1997). Dies war wohl auch der Grund, warum in der Forschung zunächst der Eigenschafts-Ansatz („trait approach“) dominierte, während der Einstellungs-Ansatz („normative approach“) erst später entwickelt wurde.

Maskuline Persönlichkeitseigenschaften: Der Eigenschaftsansatz

Die Selbstbeschreibung mit Persönlichkeitseigenschaften, die in der Gesellschaft als „typisch männlich“ oder „ty-

pisch weiblich“ gelten (das so genannte Geschlechtsrollen-Selbstkonzept), ist seit den 70er Jahren vielfach erforscht worden (Alfermann, 1996; Bierhoff-Alfermann, 1989; Sieverding & Alfermann, 1992). Besonders bekannt sind zwei Fragebögen aus den USA, die auch im deutschsprachigen Raum sehr verbreitet sind, der Bem Sex Role Inventory (BSRI) von Sandra Bem (1974) sowie der Personal Attributes Questionnaire (PAQ) von Spence und Helmreich (1978). Beide Fragebögen erfassen in zwei Hauptskalen sozial erwünschte Persönlichkeitseigenschaften, die in der amerikanischen Gesellschaft wie in den meisten anderen Ländern (Williams & Best, 1990) als typischer für den durchschnittlichen Mann bzw. für die durchschnittliche Frau angesehen werden. Die Instrumentalitätskala des PAQ enthält als typisch männliche Persönlichkeitseigenschaften folgende Items: „selbstsicher“, „sich überlegen fühlend“, „leicht Entscheidungen fällend“, „aktiv“, „unabhängig“, „Druck gut standhaltend“, „nie leicht aufgebend“. Die Expressivitätskala erfasst typisch weibliche Qualitäten anhand dieser Items: „gefühlsbetont“, „fähig, auf andere einzugehen“, „sanft“, „freundlich“, „der Gefühle anderer bewusst“, „verständnisvoll gegenüber anderen“, „herzlich in Beziehungen zu anderen“, „hilfreich“.

In einer Vielzahl von Studien wurde untersucht, inwiefern die Selbstbeschreibung mit instrumentellen (typisch maskulinen) bzw. expressiven (typisch femininen) Persönlichkeitseigenschaften mit anderen psychologisch relevanten Variablen zusammenhängt. Dabei stellte sich heraus, dass typisch maskuline Persönlichkeitseigenschaften förderlich sind für eine berufliche Karriere (Abele, Andrä & Schute, 1999; Sieverding, 1990) und außerdem sehr hoch mit den meisten Indikatoren psychischer Gesundheit korreliert sind (Whitley, 1988). Für die psychische Gesundheit und die Karriere ist es erwiesenermaßen gut, ein maskulines Selbstkonzept zu haben; dies gilt nicht nur für Männer, sondern auch für Frauen. Expressive Eigenschaften sind dagegen wichtig für die Fähigkeit zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen.

Während eine Reihe von ForscherInnen von dem Maskulinitäts-Modell psychischer Gesundheit beeindruckt waren,

äußerten andere die Vermutung, dass ein maskulines Selbstkonzept auch negative Auswirkungen auf die *psychische*, aber mehr noch auf die *physische* Gesundheit haben könnte (Goldberg, 1976; Harrison, 1978). In einigen Studien zeigte sich tatsächlich ein Zusammenhang zwischen Instrumentalität und Typ-A-Verhalten. Ansonsten waren die meisten Versuche, schädliche Konsequenzen eines maskulinen (instrumentellen) Selbstkonzeptes nachzuweisen, jedoch nicht erfolgreich. Deshalb wurde postuliert, dass insbesondere eine *übertriebene* bzw. *unabgeschwächte* Maskulinität („unmitigated agency“) mit einer schlechteren Anpassung assoziiert sein würde (Helgeson, 1994; Spence, Helmreich & Holahan, 1979). So entwickelten Spence und Kollegen (Spence et al., 1979) schon Ende der 70er Jahre Skalen, die die negativen Seiten von Maskulinität und Femininität im Selbstkonzept erfassen sollten. Die so genannte M-Minus-Skala enthält typische männliche Eigenschaften, die sozial unerwünscht sind: „prahlerisch“, „überheblich“, „gierig“, „diktatorisch“, „zynisch“, „nur auf mich selbst bedacht“, „feindselig“. Gerade zu der letztgenannten Persönlichkeitseigenschaft liegen inzwischen Forschungsarbeiten vor, in denen gezeigt werden konnte, dass Feindseligkeit ein Risikofaktor für die koronare Herzkrankheit ist (s. z. B. Mittag, 1999).

Maskuline Ideologie: Der Einstellungs-Ansatz

Neben dem Persönlichkeitsansatz beinhaltet eine zweite Konzeptionalisierung von Maskulinität Einstellungen von Männern zur gesellschaftlichen Rolle des Mannes. Das Konstrukt „Maskulinitätsideologie“ bezieht sich auf die Überzeugung, dass Männer kulturell definierten Standards für männliches Verhalten entsprechen sollten (Pleck, Sonnenstein & Ku, 1993). Während der Persönlichkeitsansatz untersucht, inwiefern ein Mann typisch maskuline Eigenschaften „besitzt“ (bzw. besser: sich mit solchen beschreibt), interessiert sich der Einstellungs-Ansatz dafür, inwiefern ein Mann sich mit einer herrschenden Maskulinitätsideologie identifiziert und dementsprechend der Überzeugung ist, ein Mann *sollte* typisch maskuline Ei-

genschaften, Werte und Verhaltensweisen *haben bzw. zeigen*. Das Konstrukt der Maskulinitätsideologie ist aus Forschungsarbeiten zu Einstellungen zur männlichen Rolle hervorgegangen, die unter anderem mit der Brannon Masculinity Skala (BMS, Brannon, 1986) oder der Male Role Norm Scale (MRNS, Thompson & Pleck, 1986) erfasst wurden. Pleck (1981) postulierte in seinem „Geschlechtsrollen-Stress“-Modell, dass kulturelle Standards für Maskulinität existieren und dass Männer im Laufe ihrer Sozialisation lernen, diesen Standards zu entsprechen. (Wie ein solcher Lernprozess verläuft, hat Maccoby, 2000, sehr anschaulich und unter Berücksichtigung einer Vielzahl empirischer Studien in ihrem Buch „Psychologie der Geschlechter“ dargestellt.) Geschlechtsrollen-Stress kann auf drei verschiedene Arten entstehen: 1. Wenn es einem Mann nicht gelingt, den kulturellen Standards zu entsprechen, 2. wenn es einem Mann nur unter Aufbringung hoher Energie und Nebenkosten gelingt, den Anforderungen zu entsprechen, und 3. wenn ein Mann zwar die Erwartungen der Männerrolle „voll“ erfüllt, dies aber negative Konsequenzen hat, und zwar gerade wegen der vorgeschriebenen Charakteristika (z. B. geringes Familienengagement, Streben nach Macht, etc.) (s. Pleck et al., 1993). Der letztgenannte Aspekt ist sicher für die Frage, inwiefern die männliche Rolle ein Risiko für die Gesundheit ist, der interessanteste. Männer, die dem Maskulinitätsideal von Stärke, Macht, Überlegenheit und Unabhängigkeit besonders nahekommen und zu entsprechen suchen, sind eher diejenigen, die sich in riskanten Verhaltensweisen engagieren (riskantes Autofahren, hoher Konsum von Alkohol und Drogen, riskante Sportarten). Gleichzeitig kann man sich bei einem Mann, der entsprechend diesen Idealen lebt, schwer vorstellen, dass er aufmerksam auf körperliche oder psychische Warnsignale achtet, diese zugibt und frühzeitig präventive Maßnahmen ergreift, z. B. indem er medizinische oder gar psychologische Hilfe in Anspruch nimmt (s. dazu auch Courtenay, 2000). Die bereits in der Einleitung zitierte Beschreibung des „supermännlichen“ Mannes durch Richter (1973) veranschaulicht dieses „männliche Dilemma“.

Zur Erfassung der normativen Einstellungen zur männlichen Rolle wurden verschiedene Fragebögen entwickelt. Die „Male Role Attitude Scale“ (MRAS, Pleck, Sonenstein & Ku, 1994) erfasst traditionelle Einstellungen zur männlichen Rolle, z. B. „A man always deserves the respect of his wife and children“ oder „I admire a guy who is totally sure of himself“. Die „Masculine Gender Role Stress Scale“ (MGRSS, Eisler & Skidmore, 1987) enthält in der deutschen Version (Fleckenstein, 1999; Thiele, 2000) vier Dimensionen von männlicher Ideologie: 1. Unterlegenheit und Unterordnung unter Frauen, 2. Konkurrenz und Misserfolg, 3. Unmännlichkeit und 4. emotionale Inexpressivität. Die Befragten sollen jeweils angeben, wie belastend eine bestimmte Erfahrung für sie wäre, z. B. „bei der Arbeit von einer Frau übertroffen zu werden“, „einen sportlichen Wettkampf zu verlieren“, „von jemandem als homosexuell angesehen zu werden“ oder „zuzugeben, dass ich vor etwas Angst habe“ (Thiele, 2000). Aus diesen Belastungseinschätzungen wird dann ein Gesamtscore als Indikator für männlichen Geschlechtsrollenstress ermittelt.

Männliche Rolle und Gesundheit(sverhalten)

In den folgenden Abschnitten geht es um (potenzielle) Zusammenhänge von männlicher Rolle und Gesundheit(sverhalten). Es werden außerdem exemplarische Studien berichtet, in denen diese Zusammenhänge untersucht wurden.

Selbsteinschätzung von Gesundheit und körperlichen Beschwerden

Frauen berichten in der Regel über mehr körperliche Beschwerden als Männer (Brähler, Schumacher & Felder, 1999; Gijsbers van Wijk & Kolk, 1997). Dieses Mehr an subjektiver Morbidität bei Frauen war einer der Gründe, die dazu geführt haben, dass Frauen bis vor kurzem als das „kränkere Geschlecht“ angesehen wurden. Ist das wirklich so oder unterscheiden sich die Geschlechter vielmehr in der Selbstwahrnehmung bzw. Selbstdarstellung von körperlichen

Beschwerden? In einer eigenen Studie wurde die Hypothese überprüft, dass ein Mann umso weniger körperliche Beschwerden berichtet, je mehr sein Selbstkonzept dem traditionellen „Macho“-Männlichkeitsideal entspricht (Sieverding, 2002). Dazu wurde die Ähnlichkeit des Selbstkonzeptes mit dem Prototypen des Marlboro-Mannes aus der Kino-Werbung, welcher in einer Vorstudie ermittelt worden war, berechnet. In einer Studie mit 450 Studierenden aus Ost- und Westdeutschland konnte die Hypothese unterstützt werden. Männer, die dem Marlboro-Mann in ihrem Selbstkonzept ähnelten, gaben deutlich weniger Beschwerden an im Vergleich zu Marlboro-Mann-unähnlichen Männern. Die letztgenannte Gruppe hatte im Durchschnitt genauso hohe Beschwerdewerte wie die Frauen. Dieses Ergebnis verdeutlicht, dass dem Geschlechtsrollen-Selbstkonzept eine ungleich wichtigere Rolle zur Vorhersage von körperlichen Beschwerden zukommt als dem biologischen Geschlecht. Da die Selbsteinschätzung von Gesundheit und körperlichen Beschwerden ein wichtiger Faktor für die Initiierung von Gesundheitsverhaltensweisen ist (z. B. Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe), kann dieses Ergebnis möglicherweise (mit-) erklären, warum Männer seltener und später professionelle Hilfe in Anspruch nehmen als Frauen.

Alkoholkonsum und Männlichkeit

Dass Männer deutlich mehr Alkohol konsumieren und deutlich häufiger alkoholbedingte Probleme und Krankheiten entwickeln als Frauen, wird von verschiedenen Autoren (z. B. Lemle & Mishkind, 1989; Waldron, 1988) auf die unterschiedlichen Anforderungen der weiblichen und männlichen Geschlechterrolle zurückgeführt. Während die traditionelle weibliche Rolle (insbesondere den starken) Alkoholkonsum als „unweiblich“ sanktioniert, gehört zur männlichen Rolle das Trinken dazu: „Drinking is a key component of the male sex role. Men are encouraged to drink, and in so doing are perceived as masculine“ (Lemle & Mishkind, 1989, S. 214). Trinken gilt so sehr als eine maskuline Aktivität, dass es seine eigenen Regeln entwickelt hat:

Um „wie ein Mann“ zu trinken, muss man(n):

- „take it straight“, d. h. man darf seinen Drink nicht verlängern;
- „not sweeten the taste“, gesüßter Alkohol wird als Frauenge-tränk belächelt;
- „prefer beer and hard liquor“ als maskuline Alkoholika,
- „drink without hesitation“, und
- „hold his liquor“, d. h. so viel wie möglich zu trinken, ohne unkontrolliert zu erscheinen (s. Lemle & Mishkind, 1989, S. 215).

Dass Männer durch Trinken ihre Mannhaftigkeit bestätigen, ist ein Phänomen, das bereits zu Zeiten der Römer von Seneca beschrieben wurde (s. Jellinek, 1977). In den letzten Jahrzehnten haben die Massenmedien dazu beigetragen, die Verknüpfung von Trinken und Männlichkeit aufrechtzuerhalten. (Erst in jüngerer Zeit wurden auch vermehrt weibliche Interessentinnen angesprochen: Aus dem populären Werbespruch „Beck’s Bier löscht Männer-Durst“ wurde „Beck’s Bier löscht Kenner-Durst“.) Mehr als die Hälfte der Bierreklame variiert ein und dasselbe Thema: „Macho men’ breaking from conventionally masculine activity for a beer“ (Lemle & Mishkind, 1989, S. 215).

Schon in der Kindheit verinnerlichen Jungen die symbolische Bedeutung des Trinkens als „maskulin“. Der erste Drink eines Jungen wird dann häufig im Beisein seiner Peergroup als Initiationsritus auf dem Weg zum „Mannsein“ inszeniert. Der Akt des Trinkens an sich gilt als männlich. Nach Lemle und Mishkind (1989) verkörpert der Alkoholkonsum Maskulinität aber noch darüber hinaus, da er mit drei weiteren Schlüsselaspekten der männlichen Rolle assoziiert sei: Unkonventionalität, Risiko und Aggression.

Landrine et al. (Landrine, Bardwell & Dean, 1988) überprüften die These, dass Geschlechtsrollen auch Erwartungen hinsichtlich des Umgangs mit Alkohol beinhalten und dass Alkoholtrinken in starkem Maße mit Maskulinität assoziiert wird. Sie ließen vier Prototypen anhand einer Eigenschaftsliste beschreiben: einen „Macho-Mann“, einen durchschnittlichen Mann, eine durch-

schnittliche Frau sowie eine feminine Frau. In der Eigenschaftsliste waren maskuline und feminine Persönlichkeitsattribute aus dem Bem Sex Role Inventory (BSRI, Bem, 1974) enthalten sowie die Items „gets drunk“, „drinks beer“ und „drinks wine“. Wie zu erwarten, wurde den männlichen Prototypen sehr viel häufiger der Bierkonsum und das Betrunkensein zugeordnet, von den weiblichen Prototypen wurde eher erwartet, dass sie Wein trinken. Interessant sind die Unterschiede zwischen den beiden männlichen Prototypen: der Macho-Mann wird häufiger mit Biertrinken und Betrunkensein in Zusammenhang gebracht, gleichzeitig wird er im Vergleich zum durchschnittlichen Mann häufiger als aggressiv, stark („forceful“), geradeheraus („takes a stand“), risikobereit und kämpferisch eingeschätzt.

Es gibt einige Studien, die Zusammenhänge zwischen der Maskulinität im Selbstkonzept und Alkoholkonsum bzw. alkoholbedingten Problemen untersucht haben (s. dazu Sieverding, 2000). Die Ergebnisse weisen in die Richtung, dass insbesondere übersteigerte bzw. un abgeschwächte Maskulinität ein Risikofaktor sein kann. So ermittelten beispielsweise Snell, Belk und Hawkins (1987) einen positiven Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und der Selbstbeschreibung mit (sozial unerwünschten) maskulinen Persönlichkeitseigenschaften nicht nur bei Männern, sondern auch bei Frauen (erfasst über die M-Minus Skala des PAQ, Spence et al., 1979).

Ist präventives Verhalten „unmännlich“?

Es ist bekannt, dass Männer seltener und später ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen als Frauen. Dies ist besonders der Fall bei Symptomen, bei denen unklar ist, ob es sich um eine Krankheit handelt sowie bei psychischen oder psychosomatischen Problemen (Sieverding, 2000). Unter Männern gibt es auch mehr „arzt-averse“ Personen (Laubach & Brähler, 2001).

Noch größer als die Unterschiede bei den Arztbesuchen sind die Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. So werden im Gesund-

heitsbericht für Deutschland große Geschlechtsdifferenzen in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen berichtet. Zwischen 1985 und 1995 sind die Teilnahmequoten der Frauen stetig gestiegen, die der Männer haben sich nur geringfügig erhöht. Danach nahmen 1995 nur 14 % der anspruchsberechtigten Männer an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teil, dagegen fast die Hälfte (48 %) der anspruchsberechtigten Frauen (Statistisches Bundesamt, 1998). Die Nichtteilnahme von Männern an diesen Vorsorgeuntersuchungen ist nicht ohne weiteres auf soziale Faktoren (z. B. der Bildung) zurückzuführen. Bormann (1993) analysierte die Daten aus zwei Nationalen Gesundheitssurveys aus den Jahren 1984 bis 1986 von mehr als 15.000 Westdeutschen. Dabei zeigte sich, dass die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen eindeutig mit dem sozialen Status zusammenhing: je geringer die Schulbildung und der berufliche Status, desto geringer war die Inanspruchnahme. Bei den Männern war ein solcher Einfluss dagegen nicht erkennbar. „Bei den Männern nimmt demnach sogar mit höherer Schulbildung die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ab, was besonders auf die jungen Männer unter 50 Jahren zurückführbar ist, während bei älteren Männern höhere Raten mit höherer Bildung zu verzeichnen sind“ (Bormann, 1993, S. 356). Auch ein höherer beruflicher Status war nach den Analysen von Bormann nur bei Frauen und nicht bei Männern mit einer höheren Teilnahme-rate an KFU verbunden.

„Männer sind Vorsorge-Muffel“, hieß es dementsprechend in einer Pressemitteilung der AOK-Rheinland. Eine Ursache für die „Vorsorgezurückhaltung“ von Männern wird in einem einseitigen Körperverständnis vermutet, das eng mit der traditionellen männlichen Rolle zusammenhängt. Bongers (1986) interviewte Männer zu ihrem Körperselbstbild und fand überwiegend ein sehr instrumentelles Verhältnis: „Er ist einfach da und ich benutz ihn, na ja und?“ (Bongers, 1986, S. 138); „Mein Körper ist halt mein Mitarbeiter, ein Mittel zum Zweck“ (ebd., S. 139). Die meisten Männer gaben an, sich keine besonderen Gedanken um ihren Körper zu machen:

„Ich akzeptiere ihn, aber ich achte nicht besonders auf meinen Körper“ (ebd., S. 139). Wenn sie Probleme mit ihrem Körper äußerten, dann meist, weil er nicht genug „leistet“, sie sind unzufrieden damit, „dass der Körper zu schnell an seine Grenzen stößt“ (ebd., S. 140). Mehr als die Hälfte der interviewten Männer sahen ihren Körper geradezu als Gegner an. „Seinen eigenen Körper liebevoll anzunehmen, ja ihn nur dauern zu empfinden oder ihm Aufmerksamkeit zu schenken, gilt wohl als unmännlich“ (ebd., S. 140). Dazu passt die Erfahrung eines Chefarztes der Urologie mit Krebspatienten: „Viele Männer betrachten ihren Körper als Leistungsmaschine, die funktionieren muss. Man staunt, wie viele Männer erst dann Hilfe beanspruchen, wenn der Krebs bereits weit fortgeschritten ist“ (Weißbach, 1998).

Auch bei den von Krankenkassen und anderen Trägern angebotenen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, wie z. B. Kursen zur Ernährung oder zur Stressbewältigung sind Männer grundsätzlich in der Minderheit. Im Durchschnitt ist nur jeder 7. Teilnehmer an solchen Maßnahmen ein Mann (s. Meierjürgen & Schulte, 1993; Sieverding, 2000). Gilt möglicherweise präventives Verhalten als „unmännlich“? Ein solche These wurde in einer eigenen Studie mit Medizinstudierenden und Klinikärzten und -ärztinnen am Beispiel der Motivation zur Teilnahme an einem Stressbewältigungstraining untersucht (Sieverding, 1997). Mediziner waren deutlich weniger motiviert, an einem Training zur Stressbewältigung teilzunehmen als Medizinerinnen. Dieser Geschlechtsunterschied konnte weder durch das Ausmaß der subjektiv eingeschätzten beruflichen Belastung noch durch die Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden aufgeklärt werden. Dagegen spielte eine psychologische Variable, nämlich die Ähnlichkeit des Selbstkonzeptes zum Marlboro-Mann-Prototypen eine entscheidende Rolle zur Vorhersage der männlichen (nicht aber der weiblichen) Teilnahme-motivation. Tatsächlich war die Motivation zur Teilnahme an einem Stressbewältigungskurs bei den männlichen Befragten umso geringer, je mehr ihr Selbstkonzept dem in einer Vorstudie erfassten „Marlboro-Mann“-Prototyp aus der Kino-Werbung ähnelte.

Die Ergebnisse einer Studie von Eisler, Skidmore und Ward (1988) passen zu diesem Befund. Sie fanden, dass Männer, die der traditionellen Männlichkeitsideologie zu entsprechen suchen, mehr riskantes und weniger präventives Gesundheitsverhalten an den Tag legen im Vergleich zu Männern, die sich weniger stark am Ideal klassischer Männlichkeit orientieren.

Ausblick

Das Erstarren der Männergesundheitsforschung auch im deutschsprachigen Raum (s. z. B. Brähler & Kupfer, 2001) hat dazu beigetragen, die besonderen Gefährdungen der Männergesundheit aufzuzeigen. Darüber hinaus gibt es zunehmende empirische Unterstützung für die Hypothese, dass die traditionelle männliche Rolle ein Risiko für die Gesundheit ist. Trotzdem besteht noch Bedarf an weiterer Forschung, um differenziertere Aufschlüsse darüber zu gewinnen, wie genau die männliche Rolle auf die Gesundheit „wirkt“. Geschlechtsrollen richten sich ganz allgemein an die „Träger“ der gesellschaftlichen Positionen „Mann“ und „Frau“. Einzelne Männer und Frauen unterscheiden sich jedoch sehr erheblich, wie stark sie sich an diesen gesellschaftlichen Idealen orientieren. Eine vielversprechende vermittelnde psychologische Variable ist in diesem Zusammenhang das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept (s. dazu auch Sieverding, in Druck), eine weitere die Einstellung zur Maskulinitäts-Ideologie (Eisler & Skidmore, 1987; Pleck et al., 1993; Thiele, 2000). Noch nicht gelöst ist bisher die Umsetzung der in diesem Artikel zusammengefassten Erkenntnisse in die Praxis: Wie kann die Koppelung von Männlichkeit und Risiko(verhalten) aufgehoben werden? Unter welchen Umständen kann sich die männliche Rolle verändern, so dass die Sorge um den eigenen Körper und um die eigene Gesundheit nicht mehr als „unmännlich“ gilt? Wichtige Fragen, auf die es keine einfachen Antworten gibt. Aber: erste Ansätze einer Männergesundheitsbewegung zeugen davon, dass sich hier erste Veränderungen im männlichen Selbstbewusstsein andeuten.

Literatur

- Abele, A. E., Andrä, M. S. & Schute, M. (1999). Wer hat nach dem Hochschulexamen schnell eine Stelle? Erste Ergebnisse der Erlanger Längsschnittstudie (BELA-E). *Zeitschrift für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie*, 43, 95–101.
- Alfermann, D. (1996). *Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155–162.
- Bierhoff-Alfermann, D. (1989). *Androgynie*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bongers, D. (1986). Das Körper Selbstbild von Männern. In E. Brähler (Hrsg.), *Körpererleben* (S. 137–146). Berlin: Springer.
- Bormann, C. (1993). Soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung in der Bundesrepublik Deutschland (alte Bundesländer). *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 1, 353–363.
- Brähler, E. & Kupfer, J. (Hrsg.) (2001). *Mann und Medizin* (Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Band 19). Göttingen: Hogrefe.
- Brähler, E., Schumacher, J. & Felder, H. (1999). Die Geschlechtsabhängigkeit von Körperbeschwerden im Wandel der Zeit. In E. Brähler & H. Felder (Hrsg.), *Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit* (2. Auflage) (S. 171–185). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Brannon, R. (1976). No „sissy stuff“: The stigma of anything vaguely feminine. In D. David & R. Brannon (Eds.), *The forty-nine percent majority*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Brannon, R. (1985). A scale for measuring attitudes about masculinity. In A. G. Sargent (Ed.), *Beyond sex roles* (pp. 110–116). St. Paul, MN: West.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, 1385–1401.
- Deaux, K. & LaFrance, M. (1998). Gender. In G. Lindzey (Ed.), *The Handbook of Social Psychology*, 4th edition, Vol. 1 (pp. 788–827). New York: Random House.
- Eckes, T. (1997). *Geschlechterstereotype*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Eisler, R. & Skidmore, J. R. (1987). Masculine gender role stress: Scale development and component factors in the appraisal of stressful situations. *Behavior Modification*, 11, 123–136.
- Eisler, R., Skidmore, J. R. & Ward, C. H. (1988). Masculine gender-role stress: Predictor of anger, anxiety, and health-risk behaviors. *Journal of Personality Assessment*, 52, 133–141.
- Fleckenstein, A. (1999). *Der maskuline Geschlechtsrollenstress. Übertragung der Masculine Gender Role Stress Scale auf deutsche Verhältnisse*. Unveröffentlichte Diplomarbeit am Institut für Psychologie der Universität Frankfurt.

- Gijsbers van Wijk, C.M.T. & Kolk, A.M. (1997). Sex differences in physical symptoms: The contribution of symptom perception theory. *Social Science & Medicine*, 45, 231–246.
- Goldberg, H. (1976). *The hazards of being male*. New York: Sanford J. Greenburger Associates, Inc.
- Harrison, J. B. (1978). Warning: The male sex role may be dangerous to your health. *Journal of Social Issues*, 34, 65–86.
- Helgeson, V. S. (1994). Relation of agency and communion to well-being: Evidence and potential explanations. *Psychological Bulletin*, 116, 412–428.
- Jellinek, E. M. (1977). The symbolism of drinking: A culture-historical approach. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 849–865.
- Landrine, H., Bardwell, S. & Dean, T. (1988). Gender expectations for alcohol use: A study of the significance of the masculine role. *Sex Roles*, 19, 703–712.
- Laubach, W. & Brähler, E. (2001). Körperliche Symptome und Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 126, T1–T7.
- Leafgren, F. (1990). Being a man can be hazardous to your health: Life-style issues. In D. Moore & F. Leafgren (Eds.), *Problem solving strategies and interventions for men in conflict* (pp. 265–275). Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.
- Lemle, R. & Mishkind, M.-E. (1989). Alcohol and masculinity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 213–222.
- Maccoby, E. M. (2000). *Psychologie der Geschlechter*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Meierjürgen, R. & Schulte, M. (1993). Routinestatistiken im Gesundheitsförderungsbericht: Aufgaben – Ziele – erste Ergebnisse. *Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung*, 5, 61–66.
- Mittag, O. (1999). Feindseligkeit als Risikofaktor: Zum gegenwärtigen Forschungsstand. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 7, 53–66.
- Parsons, T. & Bales, R. F. (1955). *Family. Socialization and interaction process*. London: Routledge & Kegan.
- Pleck, J. H. (1981). *The myth of masculinity*. Cambridge: MIT Press.
- Pleck, J. H., Sonenstein, F. L. & Ku, L. C. (1993). Masculinity Ideology and its correlates. In S. Oskamp & M. Costanzo (Eds.), *Gender issues in contemporary society* (pp. 85–110). Newbury Park: Sage.
- Pleck, J. H., Sonenstein, F. L. & Ku, L. C. (1994). Attitudes toward male roles among adolescent males: A discriminant validity analysis. *Sex Roles*, 30, 481–501.
- Richter, H. E. (1973). Konflikte und Krankheiten der Frau. In D. Claessens & P. Milhoffer (Hrsg.), *Familiensoziologie* (S. 293–308). Frankfurt/M.: Fischer.
- Sieverding, M. (1990). Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen – Das Beispiel der Medizinerinnen. Stuttgart: Enke.
- Sieverding, M. (1997). Die Bedeutung von Prototype-Matching für präventives Verhalten: Ist die Teilnahme an Streßbewältigungskursen „unmännlich“? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 5, 272–289.
- Sieverding, M. (2000). Risikoverhalten und präventives Verhalten im Geschlechtervergleich: Ein Überblick. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 9, 7–16.
- Sieverding, M. (2002). Gender and health-related attitudes: The role of a “macho” self-concept. In G. Weidner, S.M. Kopp, and M. Kristenson (Editors), *Heart Disease: Environment, Stress and Gender*. NATO Science Series, Series I: Life and Behavioural Sciences, Volume 327 (p. 237–250). Amsterdam: IOS Press.
- Sieverding, M. (in Druck). Geschlecht und Gesundheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie (Enzyklopädie der Psychologie, Serie D)*. Göttingen: Hogrefe.
- Sieverding, M. & Alfermann, D. (1992). Instrumentelles (maskulines) und expressives (feminines) Selbstkonzept: Ihre Bedeutung für die Geschlechterrollenforschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 23, 6–15.
- Snell, W. E., Belk, S. S. & Hawkins, R. C. (1987). Alcohol and drug use in stressful times: The influence of the masculine role and sex-related personality attributes. *Sex Roles*, 17, 359–373.
- Spence, J. T. & Helmreich, R. L. (1978). Masculinity & femininity. Their psychological dimensions, correlates, & antecedents. Austin: University of Texas Press.
- Spence, J. T., Helmreich, R. L. & Holahan, C. K. (1979). Negative and positive components of psychological masculinity and femininity and their relationship to self-reports of neurotic and acting out behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1673–1682.
- Statistisches Bundesamt (1998). *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Thiele, A. (2000). Männlicher Geschlechterrollenstress. Erste Ergebnisse mit einer deutschen Version der „Masculine Gender Role Stress Scale“ an jungen und älteren Männern. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 8, 139–159.
- Thompson, E. H. & Pleck, J. H. (1986). The structure of male role norms. *American Behavioral Scientist*, 29, 531–543.
- Waldron, I. (1988). Gender and health-related behavior. In D.S. Gochman (Ed.), *Health behavior* (pp. 193–208). New York: Plenum.
- Weißbach, L. (1998). In: Europa gegen den Krebs 1998. <http://www.krebshilfe.de/neu/infoangebot/broschueren/europa/seite03.html>
- Whitley, B. E. (1988). Masculinity, femininity, and self-esteem: A multitrait-multimethod analysis. *Sex Roles*, 18, 419–431.
- Williams, J. E. & Best, D. L. (1990). *Measuring sex stereotypes. A multinational study*. Beverly hills: Sage.



PD Dr. Monika Sieverding
Freie Universität Berlin
Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie
Arbeitsbereich Psychologische Genderforschung
Habelschwerdter Allee 45
D-14195 Berlin
E-Mail: mosiever@zedat.fu-berlin.de